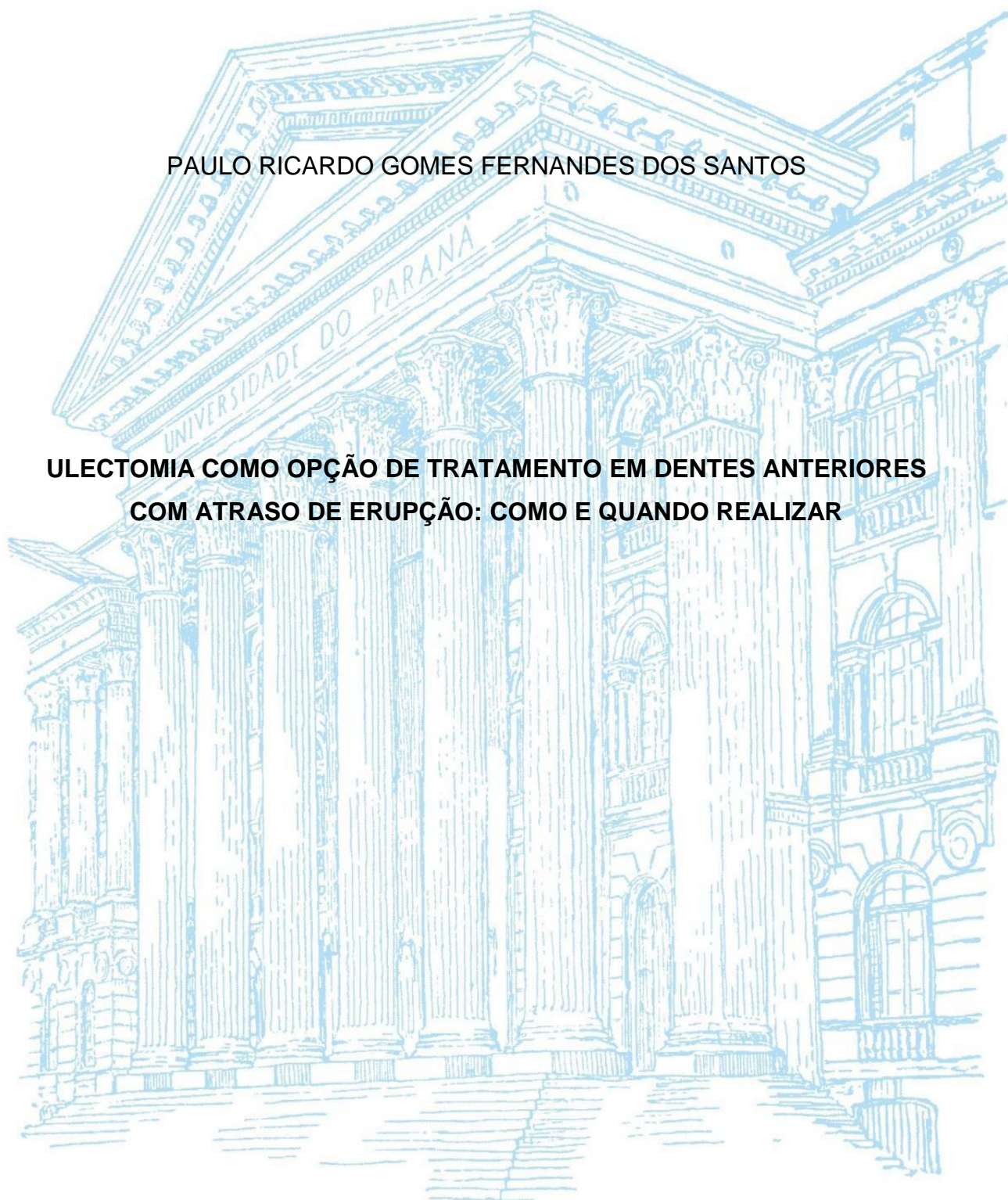


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULO RICARDO GOMES FERNANDES DOS SANTOS

**ULECTOMIA COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO EM DENTES ANTERIORES
COM ATRASO DE ERUPÇÃO: COMO E QUANDO REALIZAR**



CURITIBA

2016

PAULO RICARDO GOMES FERNANDES DOS SANTOS

**ULECTOMIA COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO EM DENTES ANTERIORES
COM ATRASO DE ERUPÇÃO: COMO E QUANDO REALIZAR**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Odontopediatria, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz.

CURITIBA

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por poder realizar feitos importantes sob sua proteção constante.

Aos professores José Vitor de Menezes e Luciana Reichert por acreditarem em um sonho e o incentivarem.

Ao professor Fabian Calixto Fraiz pela condução conjunta de uma monografia que possa somar a ciência.

Aos professores que tanto em sala de aula como nas clínicas puderam se doar para que aprendêssemos e melhorássemos como profissionais e pessoas a cada dia.

As colegas de turma que sempre se ajudaram e me ajudaram a evoluir a cada dia e que fizeram cada uma importante contribuição para o desenvolvimento como indivíduo.

A minha família e amigos pela compreensão e ajuda nos momentos difíceis superados.

Aos meus pais por terem me dado à vida e pelo cuidado e amor compartilhados para realização dos meus sonhos.

Aos meus avós pela sabedoria e paciência de aos poucos derramarem sua experiência em um jarro ainda praticamente vazio.

Ao meu irmão por compreender que a vida não é sempre feliz e alegre, mas que nós podemos ser sempre assim apesar das dificuldades.

Agradeço por fim e de muita importância à pessoa com quem compartilho minha vida há anos, que ainda seja prefácio do que seremos. Que me faz querer lutar e vencer, que me faz querer viver mais um novo dia e que ao meu lado pode se fazer presente em cada palavra. Agradeço a Caroline Gomes Bertoneceli e ao amor que vivemos. pois o que vale da vida é o que nela vivemos.

**“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias
mais belos foram aqueles em que lutaste”**

Freud

RESUMO

Muitas vezes nós cirurgiões dentistas, mais comumente odontopediatras, nos deparamos com paciente que apresentam atraso na erupção dos dentes. Quando isso acontece com os incisivos superiores permanentes a dificuldade aflige e muito aos pais e ao paciente, sendo de responsabilidade do profissional a resolução para o problema. Situação estética e funcional importante em uma idade de socialização intensa. Este estudo tem por objetivo apresentar a ulectomia como opção de tratamento para esses casos. Além disso preocupa-se em salientar a importância de um exame minucioso, seguido de exames complementares, que visam o correto diagnóstico. O conhecimento das possíveis causas e das possibilidades de intervenção clínica possibilitara ao profissional a ampliação de sua segurança na adoção dos procedimentos mencionados para reestabelecimento da normalidade. Muitas vezes esse procedimento cirúrgico pode ser utilizado previamente a intervenção ortodôntica. Para que o profissional tenha segurança no porque e em quando utilizar da técnica a fim de qual objetivo. Ainda revelar a utilização desse artifício e como os profissionais podem otimizar o momento cirúrgico propiciando uma facilidade ainda maior. A ulectomia é um procedimento cirúrgico simples que pode ser resolutivo ou coadjuvante para a solução de alterações no padrão eruptivo. Pode se concluir que a ulectomia, sob determinadas condições, apresenta vantagens como um recurso terapêutico para dentes anteriores impactados.

Palavras-chave: Ulectomia. Atraso na erupção. Distúrbios de erupção.

ABSTRACT

Often we dentists, pediatric dentistry more often, arrived to us patients who have delayed eruption of teeth. When this happens the permanent upper incisors difficulty afflicts and the parents and the patient leave the dentists a professional responsibility of being the resolution to the problem. Aesthetic and functional situation important in an age of intense socialization. This study aims to present the ulectomy as a treatment option for these cases. Moreover worries to stress the importance of a thorough examination, followed by additional tests aimed at the correct diagnosis. Knowledge of the possible causes and clinical possibilities of intervention had enabled the business to expand its security in the adoption of the procedures referred to reestablishment of normality. Often this surgical procedure can be used prior orthodontic intervention. For the professional to security and because when using the technique to what purpose. Also reveal the use of this device and how professionals can optimize the surgical time providing even greater ease. The ulectomy is a simple surgical procedure that can be resolute or supporting the solution to changes in eruptive pattern. It can be concluded that ulectomy, under certain conditions, have advantages as a therapeutic resource for impacted anterior teeth.

Key-works: Ulectomy. Eruption disturbances. Delayed eruption

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REVISÃO DE LITERATURA	09
3 DISCUSSÃO	19
4 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

Muitas vezes o cirurgião-dentista tem que utilizar recursos cirúrgicos para facilitar a erupção dos dentes decíduos e permanentes. Entre os mais usuais estão a ulectomia e a ulotomia. A ulectomia é um procedimento terapêutico cirúrgico que consiste na exérese (remoção) dos tecidos que revestem a face oclusal da coroa dentária de um dente não irrompido ou parcialmente irrompido de forma a permitir-lhe um caminho desimpedido para vir a ocupar a sua posição no arco dentário (Guedes-Pinto, 1995). Já na ulotomia faz-se apenas a diérese (incisão) do capuz mucoso que recobre os dentes não-erupcionados, sem a exérese do capuz mucoso (SANTOS E COUTO, 1999). Segundo Guedes-Pinto (1995) a técnica de ulotomia tem se mostrado ineficaz na maioria dos casos, uma vez que a incisão realizada passa rapidamente por reparação tecidual. Santos e Couto (1999) acrescentam que alguns autores classificam a ulotomia como uma manobra sem finalidade.

Embora a erupção dentária contemple também o momento que o dente irrompe na cavidade bucal, é um processo amplo que inclui toda a movimentação dentária para o posicionamento e manutenção do dente na arcada. Para melhor compreensão, esse processo fisiológico contínuo é dividido em fases (fase pré-eruptiva, eruptiva e pós-eruptiva). Durante essas fases acontece uma série de movimentos e adaptações de estruturas. Devido a essas alterações estruturais ocorre a perda do tecido conjuntivo interposto entre o epitélio reduzido do esmalte e o epitélio bucal, cansando proliferação celular, conseqüentemente formando um obstáculo ao dente em erupção. A situação é resolvida quando as células centrais dessa massa degeneram e formam um canal revestido por epitélio desligado de suporte nutricional para que a erupção prossiga com o irrompimento do dente sem que ocorra hemorragia até que o dente seja descoberto pelo epitélio já na cavidade bucal. (GUEDES-PINTO, 1995).

Naturalmente existe um padrão cronológico e sequencial para que os dentes possam surgir na cavidade bucal e desempenhar suas funções. Porém são inúmeros os fatores que podem afetar e modificar esses padrões. Os quais podem ser divididos em fatores relativos ao indivíduo e ambiente e aqueles relativos a problemas sistêmicos. O cirurgião dentista deve estar atento ao

padrão e conhecer os possíveis fatores envolvidos com sua alteração para adotar os procedimentos clínicos necessários para a resolução de cada situação. No entanto, algumas vezes não são evidenciados nem com fatores locais e nem sistêmicos que justifiquem o atraso erupcional. (GUEDES-PINTO, 1995).

Outra dúvida dos profissionais é se após a resolução dos problemas locais e sistêmicos identificados ocorrerá à erupção e o posicionamento normal do dente. O que segundo Becker (2002) pode não ocorrer, assim algumas vezes após a remoção da causa de retenção o paciente precisa se submeter a um novo momento cirúrgico, podendo ser necessária a realização de tracionamento ortodôntico. Kurol (2002) pondera que distúrbios de erupção podem acontecer com qualquer dente na cavidade bucal e salienta a importância do correto diagnóstico para correção precoce do problema. Becker (2002) acrescenta que na maioria dos casos atrasos de erupção ocorrem na dentição permanente, acometendo terceiros molares e caninos, o que difere os incisivos envolvendo a dentição mista. Na maioria dos casos a retenção dos incisivos ocorre devido a presença de dentes supranumerários. (BECKER 2002; KUROL, 2002)

O Odontopediatra tem a oportunidade de acompanhar a erupção dos dentes e constatado o atraso deve decidir quais intervenções são necessárias. O atraso de erupção dos incisivos centrais permanentes pode gerar dificuldade na socialização de crianças e afligir muito os pais sobre os desdobramentos na dentição mista e longevidade dessa situação, visto que afeta em muito a estética (NORONHA *et al.*, 2002). Frente a essa situação, uma técnica muito utilizada, principalmente em incisivos permanentes, é a ulectomia. No entanto, o clínico deve ter segurança para sua utilização, conhecendo não só seus benefícios, mas também seus limites. O objetivo desse estudo é discutir a ulectomia como uma alternativa para a resolução de atrasos de erupção de incisivos permanentes, apresentando suas indicações, contraindicações e protocolos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A erupção dentária é um processo fisiológico sujeito a alterações. Crawford (1997) descreve como a impactação dos incisivos centrais causa problemas preocupantes aos pais, pois quando o paciente possui entre 8 e 10 anos de idade, a demanda estética é importante para o desenvolvimento social. Devido ao grande problema exposto, muitas vezes a resolução decai ao ortodontista, que tem como mecanismo central de um tratamento durante a dentição mista recuperar o espaço para os dentes inclusos e quando necessário tracionar o dente para a posição desejada. O autor descreve dois casos que foram solucionados com tração dentária após abertura de espaço, através da ulectomia com prévio tratamento ortodôntico. Um caso solucionou-se em nove meses e o outro em 12 meses, deixando os dentes em oclusão normal. Como conclusão, o dilema estético leva a preocupação dos pais e por sua vez ao dentista. O ortodontista tem a tendência de não aguardar a resolução espontânea, realizando tracionamento dental para que o dente ocupe a posição correta o mais rápido possível. Porque segundo os autores a auto-estima e o sorriso confiante dos pacientes nessa situação é o mais importante para os pais. O processo descrito resolve em definitivo a questão, com a ressalva de que o contorno gengival por vezes sofre recessão e deve ser levado em consideração.

Becker *et al.* (2002) realizaram um trabalho tendo como amostra 21 pacientes ortodônticos que tiveram atraso de pelo menos um ano em um dos incisivos centrais superiores permanentes. A amostra era composta por dentes com grande variedade de posicionamento dental, porém todas foram tratadas pela técnica de erupção fechada. Técnica que consistiu em, após incisão cirúrgica de ulotomia a gengiva foi suturada novamente, o dente foi tracionado. Os pesquisadores avaliaram clinicamente e radiograficamente do ponto de vista dos tecidos de suporte dental, tecido ósseo e periodontal. Os resultados apontaram como conclusão que a técnica de erupção fechada para os incisivos superiores impactados se mostra eficiente do ponto de vista estético e funcional, porém apresenta diferenças estatísticas nos parâmetros periodontais consideráveis. São diferenças de desenvolvimento que se tornam mínimas devido aos ganhos estéticos e funcionais do tratamento proposto.

Segundo Becker (2002) o dente irrompe na cavidade oral quando possui metade ou três quartos de formação radicular. A impaction dental normalmente é diagnosticada quando ultrapassa o tempo em que o dente deveria irromper. O que ocorre é que a impaction dental raramente é diagnosticada na dentição mista, isso acontece na dentição permanente e a correção do caso também. A exceção são os incisivos. Muitos pacientes são diagnosticados com os atrasos de erupção e referenciados a cirurgias que buscam remover a causa que decai à outras patologias. Buscando a erupção espontânea dos dentes. O que algumas vezes não acontece. Necessitando dessa forma de outro procedimento cirúrgico para exposição coronária do dente não erupcionado e em alguns casos de tracionamento dental ortodôntico. Para que o dente possa irromper na cavidade oral se faz necessário espaço suficiente para erupção do dente removendo dentes supranumerários, odontomas e outras causas. Entretanto, relatos clínicos indicam que o dente impactado pode levar até três anos para atingir o nível oclusal. Além disso, grande remoção do tecido mole mucoperiosteal e subjacentes ao osso cobra um preço em termos de prognóstico periodontal, contorno gengival, e aparência da erupção dente. Em vez de esperar o dente impactado erupcionar espontaneamente, pode tracionar para extrair o dente, embora estudos estatísticos não estão disponíveis para definir a diferença de tempo entre as opções. Segundo o autor pode parecer que eliminar a causa de impacto levaria a uma resolução espontânea, mas esta resolução está longe de ser suficiente na maioria dos casos. Por conseguinte, muitas vezes é necessário tratar incisivos superiores impactados com um aparelho ortodôntico. A ordem proposta de tratamento é a seguinte: 1. Antes do procedimento clínico deve-se obter espaço para o dente não irrompido, assim, incentivar e reforçar a erupção natural. 2. No momento da cirurgia, remover qualquer obstrução de tecido duro ou mole e expor o dente incluso. 3. Colocar um dispositivo sobre o dente, seja no momento da cirurgia ou pouco depois. 4. Acelerar o processo de erupção natural, fornecendo tração direcional. 5. Alinhar os dentes e posicionar as raízes dos incisivos no osso alveolar. Os procedimentos pré-cirúrgicos necessários são aqueles que visam remover qualquer fator de retenção tanto coronal quanto radicular. No momento cirúrgico existem dois caminhos. O de erupção fechada e o de erupção aberta. Segundo o autor a erupção aberta tem

como vantagens não ser necessário a presença do ortodontista, mas como desvantagem além de em alguns casos precisar de uma nova cirurgia é a dificuldade de cicatrização periodontal. Uma vez que a erupção fechada leva sutura e é afixado sobre o dente um dispositivo para tracionamento no momento cirúrgico. No pós-cirúrgico uma vez que o dente se encontra irrompido se faz necessário os últimos ajustes o colocando em uma posição ortodôntica favorável com os cuidados e atenções para os tecidos de suporte e os movimentos dentais.

Stuani *et al.* (2004) relatam o caso clínico de um paciente de 11 anos de idade do sexo masculino. No exame clínico, foram observadas simetria facial, dicção normal, deglutição atípica, amígdalas hipertrofiadas, respiração mista (nasal e bucal), inserção normal dos freios labial superior, inferior e lingual, lábio superior hipertônico e inferior hipotônico, desvio de linha média dentária inferior de 2mm para esquerda em posição de máxima intercuspidação habitual e em relação cêntrica. O paciente estava na fase de dentição mista, apresentava Classe I de Angle e ausência do incisivo central superior esquerdo, apesar de haver espaço suficiente para sua erupção normal. Não foi relatada qualquer história de trauma dental nessa região. Na análise da radiografia panorâmica, periapical e telerradiografia de perfil, não foi identificada nenhuma anormalidade óssea. O estágio de formação radicular dos dentes permanentes e a cronologia de erupção estavam normais, à exceção do incisivo central superior esquerdo, que estava incluso, numa posição superior para vestibular, apresentando-se com aproximadamente 1/3 da raiz formada. Não havia barreira óssea impedindo a erupção desse dente, e a mucosa mostrava-se espessa. O plano de tratamento proposto foi dividido em duas fases. Na primeira fase, o paciente foi encaminhado para um fonoaudiólogo, uma vez que apresentou deglutição e respiração atípicas ao exame clínico, e foi realizada exposição cirúrgica do incisivo central superior esquerdo incluso, através de ulectomia, aguardando a erupção espontânea do dente em questão, visto que o dente ainda apresentava potencial de erupção. Numa segunda fase, foi realizado o alinhamento do dente por meio de aparelho ortodôntico fixo parcial. O primeiro passo foi encaminhar o paciente para a execução da cirurgia. Devido à fibrose gengival acentuada e à ausência

radiográfica de obstáculos, o tratamento de escolha foi a ulectomia, sendo a borda incisal do incisivo central superior esquerdo exposta clinicamente. Foi realizada a incisão em elipse do capuz gengival que recobria o dente, expondo a borda incisal no sentido mésio-distal. Não se utilizou sutura ou colocação de cimento cirúrgico, apenas a irrigação com soro fisiológico e a hemostasia por tamponamento, com gaze estéril. Após oito meses da realização da ulectomia, constatou-se que aproximadamente 2/3 da coroa do incisivo central superior esquerdo irromperam na cavidade bucal. Como a raiz estava quase totalmente formada, foram colados brackets nos quatro incisivos. Esse procedimento foi realizado em 4 meses, sendo que radiograficamente observou-se normalidade das estruturas de suporte desse dente após o alinhamento final dos incisivos. Nos casos de impações de incisivos, há a necessidade de estabelecer a relação com seu fator etiológico para um planejamento correto. Nem sempre é indicado o tracionamento ortodôntico imediato, principalmente quando se tem que evitar o aumento da coroa clínica do dente impactado. Nestes casos, a melhor conduta é realizar a ulectomia e aguardar a erupção natural do dente impactado, o que irá facilitar o procedimento clínico-ortodôntico posterior. O diagnóstico precoce e o pronto atendimento, na maioria dos casos, previnem problemas de mal oclusão e permitem um tratamento ortodôntico mais simples posteriormente.

Smailiene *et al.* (2006) avaliaram 33 pacientes que possuíam incisivos superiores com atraso de erupção, sendo 19 meninos e 14 meninas. Foram restritos ao estudo pacientes: unilateral incisivo impactado, que existisse espaço disponível de pelo menos 7mm, obtido a partir de tratamento ou não. Além disso tinham inclinação axial favorável para que espontaneamente pudesse irromper, formação radicular incompleta, radiografias panorâmicas aceitáveis e modelos de gesso. Foram formados três grupos de acordo com a posição do dente impactado em relação ao homólogo irrompido. O grupo V1 apresenta posição mais coronal e o V3 mais apical. Os pacientes foram reavaliados uma vez por mês durante 30 meses. Como resultado do estudo foi registrado a erupção espontânea em 21 casos (63.6%), sendo 85.7% dos casos V1, 68.4% V2 e apenas 28.6% em V3. No geral o estudo demonstrou 25% de erupção espontânea em 6,5 meses, 50% – 14 meses, e 75% – 25

meses. Apenas 2 de 7 localizados no v3 eruptaram espontaneamente e levou cerca de 28 meses. A conclusão de que os autores chegaram foi de que sem obstruções 63,6% dos dentes eruptaram. Demorou em torno de 16 meses sendo 10 meses para mais ou para menos dos primeiros a eruptarem e os últimos. Verificaram grandes diferenças quanto ao posicionamento dos dentes obtendo resultados bem distintos quanto a posição vertical. Os dentes em localizados no terço apical apresentam índice baixo para erupção espontânea, assim sendo necessária intervenção cirúrgico-ortodôntica.

Cavalcanti *et al.* (2006) frente a situações de retardo na erupção dentária, nas quais os elementos apresentem dois terços de formação radicular, indicam que o cirurgião-dentista poderá fazer uso da ulectomia como opção terapêutica para esses casos devido à simplicidade técnica e ao pós-operatório favorável. Os autores têm por objetivo apresentar a técnica cirúrgica da ulectomia envolvendo elementos acompanhados de fibrose gengival. Relatam o caso de um paciente feminino de 7 anos e 6 meses com ausência clínica dos incisivos. Sendo que o elemento 22 em processo de erupção, ainda havia presença de tecido fibroso na região e na anamnese não foi relatado nenhum fator para o retardo eruptivo em questão. Radiograficamente nada constava e os achados não levaram a nenhuma justificativa ao atraso. A raiz do elemento dental apresentava o estágio 8 de Nolla e sem resquícios ósseos na coroa do dente incluso. Sendo assim a indicação de ulectomia foi feita. Os autores detalham bem o processo cirúrgico dividindo em 4 passos. Passo 1: anestesia local: anestésico tópico e após anestesia infiltrativa em vários pontos contornando o local das coroas dentárias. Passo 2 : incisão: incisão é feita com o bisturi em forma elíptica removendo todo o capuz gengival. Passo 3 : divulgação e exérese do tecido. Passo 4: hemostasia: irrigação com soro fisiológico e tamponamento com gaze estéril. A conclusão de que o cirurgião-dentista poderá fazer uso da ulectomia como opção terapêutica para esses casos devido à simplicidade técnica e ao pós-operatório favorável é evidenciada pelo trabalho descrito.

Silva *et al.* (2008) com o objetivo de observar a correta indicação de ulectomia e a preservação, apresentaram o relato de 3 casos clínicos. No primeiro o paciente de 7 anos de idade e 6 meses do gênero masculino

apresentava ausência clínica do elemento 21. Ainda clinicamente a gengiva apresentava aspecto fibrosado e rígido. A mãe relatou a perda precoce do decíduo correspondente por lesões de cárie. Ao exame radiográfico não foi constatado nenhum tipo de anomalia que impedisse a erupção e nem tecido ósseo recobrindo a coroa do elemento, ainda verificou que o dente incluso apresentava no estágio 8 de Nolla. Sendo assim optou-se pela realização da ulectomia. O procedimento foi descrito pelos autores e inicia pela autorização dos responsáveis. Sucede a anti-sepsia do local com digluconato de clorexidina 0,12%, seguido de anestesia tópica e infiltrativa nos nervos alveolar superior e nasopalatino. A incisão foi feita com bisturi e lamina n15 em forma elíptica, a fim de expor totalmente a borda incisal no sentido mésio-distal do dente incluso. A irrigação foi feita com soro fisiológico e a hemostasia com gaze sob compressão no local. O acompanhamento pós operatório foi realizado após 7 dias e depois de 30 dias. Todos os procedimentos nos outros casos seguiram o mesmo protocolo. No segundo caso paciente feminino de 7 anos de idade, apresenta clinicamente ausência do elemento 11 e fibrose gengival . radiograficamente apresenta o desenvolvimento radicular no estágio 8 de Nolla e nenhum tipo de obstrução que impedisse a erupção do incisivo central. Assim como no caso anterior optou-se pela ulectomia e foi realizada seguindo o mesmo protocolo. No terceiro caso o dente não eruptado era o 21 e o paciente masculino tinha 7 anos de idade. Radiograficamente se apresentava como nos casos anteriores e assim foi realizada a ulectomia da mesma forma que os outros casos. Obtendo os mesmos resultados com o dente eruptado e em posição após 30 dias. A ulectomia é um procedimento simples e de baixo custo. Clinicamente se observa a fibrose gengival com o aumento de volume e colocação pálida compatível com a hiperqueratinização. Radiograficamente ausência de tecido ósseo recobrindo a coroa do dente e nenhum outro achado que justifique o atraso de erupção. Segundo os autores é de suma importância observar os fatores que como odontoma e supranumerários e principalmente observar o grau de formação radicular segundo estágio de Nolla. Os autores apresentam o procedimento da ulectomia como um protocolo simples e barato para que os dentes que com dificuldade de erupção e que se enquadre no minucioso exame clínico e radiográfico possam seguir o caminho eruptivo e após 30 dias estar em curso normal de erupção.

Kolokithaa *et al.* (2008) ressaltam a importância estética que envolve o atraso de erupção dos dentes anteriores e também a dificuldade multidisciplinar dessa situação. Para correção requer um trabalho bastante sincronizado. O caso apresentado é de um paciente caucasiano de 10 anos de idade que ainda não possuía os incisivos centrais superiores eruptados. Paciente não apresentava histórico de trauma. Uma radiografia de dois anos anteriores apresentava dois dentes supranumerários além dos dentes permanentes que já possuíam deformações radiculares. Ao exame ortodôntico foi evidenciada a relação molar classe II e simetria facial. O tratamento proposto ao paciente possui alguns objetivos. O resultado do tratamento proposto e executado foi um sucesso. Com as ações os dentes vieram para a posição desejada após cirurgia para exposição coronal e tracionamento. Dificuldades na manutenção da integridade periodontal, radicular e óssea foram vencidas. Simultaneamente a classe II foi corrigida. Na discussão explicam que o sucesso da relocação do dente e o resultado estético é multifatorial e depende do posicionamento inicial do elemento e do grau de desenvolvimento radicular e angulação além da idade e dos fatores periodontais cirúrgicos necessários. A conclusão deste trabalho ressalta a importância da manutenção e acompanhamento constantes para estabilização periodontal. Também a correta escolha e execução dos procedimentos realizados para obtenção do sucesso. Para tanto ressaltam que a precocidade do correto diagnóstico, com o correto posicionamento dos dentes e remoção dos fatores de causa da impactação.

Candeiro *et al.* (2009) relatam um caso clínico de uma paciente do gênero feminino, oito anos, que apresentou o dente 11 retido. A partir dos exames clínico e radiográfico, optou-se pela realização da ulectomia, a fim de possibilitar a erupção do referido dente, uma vez que o dente se encontrava no estágio 8 de Nolla. Os autores desse artigo descrevem o procedimento cirúrgico realizado detalhadamente. A anti-sepsia da cavidade bucal com gluconato de clorexidina 0,12% fez-se o uso de anestesia tópica com gel de benzocaína, seguida da aplicação da anestesia terminal infiltrativa usando apenas um tubete anestésico de lidocaína sendo aplicada em vários pontos na gengiva do bordo incisal referente ao elemento dentário 11. Com o auxílio de um bisturi nº 15 realizou-se uma incisão elíptica ao redor da mucosa gengival a

ser removida que, após divulsão e exérese do tecido, expôs o bordo incisal no sentido méso-distal do dente 11. Não foi realizada sutura ou colocação de cimento cirúrgico. A região foi cuidadosamente irrigada com soro fisiológico seguida de hemostasia por tamponamento com gaze estéril, não havendo necessidade de medicação analgésica pós-operatória. Após 4 anos de preservação, observa-se um adequado posicionamento da unidade dentária. Como conclusão do artigo os autores ressaltam a importância do tratamento conservador pela ulectomia com a ressalva do correto diagnóstico com exame de radiográfico e clínico.

Giglio *et al.* (2010) buscaram classificar as técnicas cirúrgicas para exposição de dentes não irrompidos. Dividiram as opções em 4, sendo elas : 1. Ulotomia/ulectomia; 2. Exposição coronária simples; 3. Reposicionamento apical do retalho; 4. Retalho total fechado. Baseado na literatura e comparando resultados obtidos com as técnicas cirúrgicas mais empregadas, este artigo descreve as diferentes formas de acesso para o tracionamento de dentes não irrompidos, pormenorizando aspectos de interesse ao ortodontista. Os autores concluíram que as técnicas cirúrgicas utilizadas atualmente apresentam particularidades merecedoras de conhecimento dos ortodontistas, uma vez que serão executadas de acordo com a preferência ou experiência dos profissionais envolvidos, uma vez que não se possui um protocolo ou linha de trabalho a ser seguida.

Biagi *et al.* (2011) relataram um caso envolvendo atraso de erupção de dente permanente devido a perda precoce de dente decíduo. Foi relatado o caso de um menino saudável de 7,5 anos de idade com atraso na erupção de incisivo central permanente e histórico de trauma aos 3 anos no dente 61 , o qual foi extraído aos 4 anos de idade, após sucessivos abscessos. A criança apresentava comprometimento estético associado à ausência clínica do dente 21. Ao exame radiográfico o dente 21 apresentava 2/3 da raiz formada , enquanto que no dente 11, já irrompido, o ápice radicular estava próxima de seu fechamento. Após alguns meses foi feita uma gengivectomia simples com objetivo de expor 2/3 da coroa do dente. O exame transcirúrgico demonstrou um esmalte normal e devido ao posicionamento adequado não foi realizada tração ortodôntica. Sendo que após 3 meses o dente entrou em curso de

erupção sem necessidade ortodôntica, o quadro clínico retornou a normalidade, incluindo o desenvolvimento radicular. Apenas um apinhamento dental moderado foi observado. Os autores concluem que devido à idade do paciente no momento do trauma é importante considerar as possíveis alterações que podem ocorrer tanto na coroa como na raiz do dente permanente. Uma vez que tanto o trauma e suas consequências quanto as manobras para extração podem ser responsáveis pelo dano ao dente permanente em formação. Ainda alertam para a necessidade de acompanhamento contínuo dos pacientes que sofreram traumas para que, quando necessários, os procedimentos sejam realizados em momento propício e de forma menos invasiva possível. Nesse caso em questão relatam a vantagem da gengivectomia como um procedimento simples e resolutivo, sem a necessidade de nenhuma manobra ortodôntica ou cirurgia complexa para que o dente continuasse seu curso de erupção.

Pavoni *et al.* (2012) relatam o atraso na erupção dentária e sua etiologia. Diante desse aspecto clínico desenvolvem uma sequência diagnóstica com exame clínico e suas peculiaridades. No exame físico a palpação é de fundamental importância. O exame radiográfico sequencial é vital para o diagnóstico sobre as possíveis causas de atraso na erupção. Nesse exame de imagem os autores ainda adicionam a mensuração dos ângulos e posicionamentos ortodônticos. O caso descrito é de uma garota caucasiana de 9 anos de idade que apresentava um distúrbio de erupção dental de grande impacto estético para a idade. Deixando o sorriso feio e assimétrico. Uma vez que possuía os elementos 51 e 21 e ausência do lateral esquerdo superior. A paciente possuía relação molar classe I e overjet e overbite de 3mm. O exame radiográfico apresentava um odontoma composto próximo a formação coronária do dente impactado. Os objetivos do tratamento foram divididos em três. Sendo o primeiro a remoção cirúrgica do odontoma, seguido da expansão ortopédica da maxila para recuperar o espaço do incisivo em atraso e por fim posicionar esse dente impactado na arcada dental. Oito meses após a remoção cirúrgica e uso do expansor foi realizada nova avaliação e assim foi feita uma cirurgia para exposição do dente incluso com a técnica da erupção fechada para tracionamento do elemento dental com especial cuidado ao osso, muco

perióstio e gengiva ao redor da coroa. O tracionamento teve duração de 14 meses e a paciente passara por outra avaliação para uso da ortodontia fixa. O resultado obtido a partir do tratamento ortodôntico demonstrou a eficácia do tratamento. Uma vez que o dente não apresenta alterações na coroa dental e nem na raiz. O sorriso agora se apresenta agradável e a margem gengival se encontra próxima a do dente homólogo. A conclusão do trabalho é de que o cirurgião dentista precisa estar atento aos atrasos de erupção para determinação exata da etiologia e consequente plano de tratamento adequado. O diagnóstico precoce é fundamental e deve ter como base o exame clínico e exame radiográfico. Também deve destacar a intervenção adequada que possibilitou a integridade dental e gengival e assim obteve um ganho estético e funcional importantes para a paciente.

3 DISCUSSÃO

A impactação dos incisivos centrais causa problemas preocupantes aos pais, pois uma vez que o paciente possui entre 8 e 10 anos de idade e a demanda estética é importante para o desenvolvimento social. Assim carrega a preocupação aos pais e por sua vez ao dentista. Pois a auto-estima e o sorriso confiante dos pacientes nessa situação é o mais importante para os pais. (CRAWFORD, 1997).

Na pré-adolescência, ocorre grande parte do desenvolvimento psicossocial e emocional da criança, sendo o período de troca dentária delicado. Dessa forma, um dente que tem a sua cronologia de erupção alterada pode gerar uma repercussão negativa no desenvolvimento emocional e na vida daquele indivíduo. O cuidadoso planejamento, associado a um adequado acompanhamento, permitirá que o paciente alcance uma dentição com características estéticas funcionais satisfatórias. (CANDEIRO *et al.*, 2009)

Shakra *et al.* (2014) reportaram que problemas na erupção tem prevalência 1:10.000, porém quando se trata dos incisivos superiores pode causar efeitos psicológicos, problemas de fala e de mastigação. Além de serem fundamentais na estética e apresentarem como um grande problema aos pais. Demanda do cirurgião dentista o diagnóstico e resolução precoce. Kolokitha e Papadopoulou, (2008) acrescentam que apesar da impacção dos incisivos serem relatadas com menor frequência do que terceiros molares ou caninos a fase de dentição mista requer cuidados específicos, pois a região anterior da maxila é uma região onde a estética predomina e muitas vezes o tratamento pode necessitar de sincronizada e multidisciplinar interceptação.

Distúrbios de erupção podem afetar qualquer dente que ira irromper, porém são mesiodentes que influenciam diretamente no processo eruptivo dos incisivos. O acompanhamento do desenvolvimento da dentição permanente deve ser efetuado a fim de que qualquer aberração nesse processo seja precocemente observada para que seja precoce também a intervenção e correção desses distúrbios. O mesiodente é um dente extra comumente presente entre os incisivos centrais superiores permanentes. Nesse caso a grande questão é deixar o mesiodente ou remove-lo. Kurol (2002) é enfático ao

relatar que não indica a extração precoce do dente pelo menos há 20 anos a não ser quando o paciente está sob tratamento ortodôntico e este dificulta a movimentação dentária. (KUROL, 2002).

Os mesiodentes ou supranumerários segundo Filho *et al.* (2002) em estudo feito no Brasil, estão presentes em 6,4% da população com predileção ao sexo masculino e seguem os achados de outros trabalhos realizados pelo mundo. Em 98,4% esses dentes se encontram impactados e 68,74% na região da anterior da maxila. Ainda não são os únicos vilões. Com relação aos fatores locais ainda temos o mau posicionamento do germe dentário, discrepância do arco dentário, condensação óssea exagerada, mucosa resistente e espessa, traumatismo, dentes anquilosados, retenção prolongada ou perda prematura de dentes decíduos, dentes supranumerários e patologias, como neoplasias odontogênicas, entre outras razões (NORONHA *et al.*, 2002; KUROL, 2002.).

Candeiro *et al.* (2009) acreditam que embora a erupção dentária tenha sido extensivamente estudada, até hoje existem apenas teorias sobre o seu mecanismo. Acredita-se que o fator desencadeante principal da reabsorção do dente decíduo seja a erupção do dente permanente correspondente. Quando não ocorre uma erupção dentária espontânea, o cirurgião-dentista pode realizar um procedimento cirúrgico, denominado ulectomia. Dessa forma, a ulectomia está indicada nos casos em que, sem outro motivo aparente, ocorre retardo da erupção dentária. Além de restabelecer a função do elemento dentário na arcada, um correto diagnóstico pode influenciar no convívio social, pois a criança terá maior estímulo a manutenção do convívio social.

Para que o dente possa irromper na cavidade oral se faz necessário que haja espaço suficiente para erupção do dente removendo dentes supranumerários, odontomas e outras causas a fim de desobstruir o caminho ao elemento. Pode parecer que eliminar a causa de impactação dos incisivos levaria a uma resolução espontânea, mas esta resolução está longe de ser suficiente na maioria dos casos. (BECKER, 2002).

Smailiene *et al.* (2006) fizeram um estudo com 33 pacientes que possuíam atraso de erupção divididos em três grupos de acordo com o posicionamento do dente impactado em relação a raiz do incisivo permanente

ao lado e observaram as seguintes situações. Quando mais próximo da porção coronária maiores as chances de irromper espontaneamente 85.7% dos casos de 63,6% de probabilidade no geral. Sendo que os dentes localizados no terço apical apresentaram índice de um em cada quatro nessa condição. Ainda puderam observar a questão cronológica envolvida. Metade dos dentes eruparam em 14 meses, enquanto 25% em 6,5 meses e chegaram há dois anos após três em quatro dentes estavam irrompidos.

Segundo Pavoni *et al.* (2012) é crucial que o clínico determine a exata etiologia e formule um plano de tratamento para a resolução precoce dos atrasos de erupção, mas realça que o diagnóstico deve ser pautado pelo exame clínico e radiográfico e deve se levar em consideração o detalhamento do problema em suas três dimensões. Kolokitha e Papadopoulou (2008) demonstram que o correto e precoce diagnóstico com a exata localização do dente impactado e remoção de fatores locais são indicativo de sucesso na obtenção do dente em oclusão. De qualquer forma a técnica deve ser bem escolhida e bem impregada para o sucesso no tratamento, com a ressalva de que o monitoramento do paciente é vital para longevidade da resolução. Pavone *et. al.* (2012) descreve que a interceptação deve ser pautada na remoção cirúrgica dos obstáculos e criação de espaço favorável a erupção do dente e pode demandar atenção do ortodontista na expansão da maxila nesses casos.

Cavalcanti e Paiva (2006) frente a situações de retardo na erupção dentária, nas quais os elementos apresentem dois terços de formação radicular, o cirurgião-dentista poderá fazer uso da ulectomia como opção terapêutica para esses casos devido à simplicidade técnica e ao pós-operatório favorável. A ulectomia está indicada, além da fibrose gengival, para os casos em que, sem outro motivo aparente, o dente tem sua erupção retardada. Outra indicação é para dentes permanentes erupcionados e cuja erupção está lenta. Ainda relataram que a partir do 7º estágio de Nolla (1/3 de raiz formada) o dente já apresenta força eruptiva, portanto, uma vez indicada a ulectomia, esta deve ser feita imediatamente, a fim de evitar problemas de mal oclusão futuros. (ISSAO E GUEDES-PINTO, 1999).

Segundo Santos e Couto (1999) a técnica cirúrgica prevê anti-sepsia e assepsia do campo operatório, seguido de anestesia local infiltrativa nas vizinhanças da região a ser incisada. Para que então seja feita a incisão circunferencial em todo o capuz a fim de excisão expondo completamente a face oclusal do elemento. Acrescenta que a quando existir porção óssea sobre o dente faz-se a osteotomia e nesse caso preenchimento cirúrgico da loja resultante. No pós-operatório o que se espera é que possa então ocorrer sem problemas à erupção do dente.

O procedimento descrito por Silva *et al.* (2008) inicia pela autorização dos responsáveis. Sucede a anti-sepsia do local com digluconato de clorexidina 0,12%, seguido de anestesia tópica e infiltrativa nos nervos alveolar superior e nasopalatino. A incisão foi feita com bisturi e lamina n15 em forma elíptica, a fim de expor totalmente a borda incisal no sentido mésio-distal do dente incluso. A irrigação foi feita com soro fisiológico e a hemostasia com gaze sob compressão no local. O acompanhamento pós-operatório foi realizado após 7 dias e depois de 30 dias. Candeiro *et al.* (2009) diferem apenas na anestesia em seus passos cirúrgicos assim como Cavalcanti e Paiva onde eles utilizaram a anestesia infiltrativa em vários pontos contornando o local das coroas dentárias.

Dessa forma a ulectomia é uma técnica cirúrgica de fácil execução, cujos procedimentos envolvem: a anestesia local da mucosa gengival, a incisão circunferencial e exposição da coroa dentária, remoção da mucosa e hemostasia (LASCALA JUNIOR, 1997; SARAIVA *et al.*, 2005).

Silva *et al.* (2008) relataram casos solucionados com a ulectomia e demonstraram a efetividade na erupção dos incisivos centrais em curto período de tempo e procedimento simples e de fácil execução. Apontam ainda a possibilidade de utilizar-se da ulotomia, mas ressaltam que a possibilidade de reparação tecidual faz com que a técnica seja usada com menos frequência e que a indicação precisa para a técnica se encontra naqueles casos de hematomas de erupção, onde a finalidade é drenar o conteúdo.

Candeiro *et al.* (2009) consideram a ulectomia constitui uma terapia conservadora importante para a erupção de alguns dentes, devendo haver o

correto planejamento e a indicação adequada, sendo imprescindíveis os exames clínico e o radiográfico para a execução do procedimento na clínica odontológica.

Mas Arnaud *et. al.* (2014) ressalva que a técnica da ulectomia, como um passo inicial para o tratamento da má-oclusão, é um procedimento simples, de baixo custo e eficaz quando bem planejada. Por isso, é importante orientar os pais e responsáveis sobre possíveis atrasos na erupção dentária, evitando danos futuros no desenvolvimento dentário. O cuidadoso planejamento, associado a um adequado acompanhamento, permite que o paciente alcance uma dentição com características estéticas funcionais satisfatórias.

Giglio e Gurgel (2010) veem o tracionamento de um dente não irrompido é um procedimento que ainda gera muita discussão entre os profissionais, pois muitas vezes é difícil decidir entre tracionar ou extrair e, quando se escolhe a primeira opção, diverge-se quanto a melhor forma de execução. É importante deixar claro que não existe um protocolo definitivo sobre a forma de tratamento, sendo este baseado em um planejamento de caráter multidisciplinar, baseado em exames clínicos e radiográficos, além da preferência ou experiência dos profissionais envolvidos com as técnicas e materiais disponíveis.

O método usado para o tracionamento do incisivo impactado apresentado foi efetivo. O resultado foi rápido e não houve danos ao periodonto. No entanto, deve ser lembrada a importância de se ter espaço suficiente no arco e de uma posição favorável do dente impactado antes de iniciar tal tratamento. (STUANI E NORONHA, 2002).

Mas mesmo nesses casos de impactações de incisivos, há a necessidade de estabelecer a relação com seu fator etiológico para um planejamento correto antes do tracionamento ortodôntico, principalmente quando se tem que evitar o aumento da coroa clínica do dente impactado. Nestes casos, a melhor conduta é realizar a ulectomia e aguardar a erupção natural do dente impactado, o que irá facilitar o procedimento clínico-ortodôntico posterior. O diagnóstico precoce e o pronto atendimento, na maioria dos casos, previnem problemas de má oclusão e permitem um tratamento ortodôntico mais simples posteriormente. (STUANI *et. al.*, 2004).

4 CONCLUSÃO

A ulectomia é um procedimento simples, de baixo custo e com impacto importante na erupção dos dentes quando realizada da forma correta com as indicações precisas. Além disso, pode ser usada como tratamento em conjunto com técnicas ortodônticas visando o correto posicionamento dos dentes em questão da maneira mais eficaz possível.

O procedimento cirúrgico periodontal tem se mostrado eficaz nos casos em que existe uma dificuldade de irrompimento dental por conta de fibrose gengival. Quando o dente apresenta estágio de formação radicular compatível com o desenvolvimento radicular em grande parte formado, mas ainda com poder irruptivo, o que seria classificado como estágio 8 de Nolla. E deve ser realizado após procedimento de remoção de possíveis fatores que causem o atraso, sejam odontomas ou supranumerários mais comumente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNAUD, R. R. et al. Ulotomia: coadjuvante do tratamento da má oclusão. *Revista da Faculdade de Odontologia*, v. 19, n. 2, p. 234-238, 2014.

BECKER, A. et al. Closed-eruption surgical technique for impacted maxillary incisors: A postorthodontic periodontal evaluation. *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*. v. 122. n. 1 p 9-14.2002.

BECKER, A. Early treatment for impacted maxillary incisors. *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*. v. 121. p. 586-587, 2002

BIAGI, E. et al. Premature loss of maxillary primary incisor and delayed eruption of its successor: Report of a case. *European Journal of Paediatric Dentistry*. V. 12. N. 3. P. 194-197. 2011.

CANDEIRO, G. T. M. et al. Ulectomia como opção cirúrgica no retardo da erupção dentária: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.30, n.2, p. 45-49, 2009.

CAVALCANTI, A. L., PAIVA, L. C. A. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. *UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, v. 12 n.3 p. 39-42, 2006.

CRAWFORD, L. B., Impacted Dentition maxillary treatment central incisor in mixed. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* July 1997.

FILHO J. J. C. et al. Ocorrência de dentes supranumerários em pacientes do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade de odontologia UFRGS, no período de 1998 a 2001. *R. Fac. Odontologia*, Porto Alegre, v. 43, n.2, p. 27-34, dez. 2002.

GUEGES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 6. ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999.

GIGLIO, F. P. M. GURGEL, J. A. Abordagem cirúrgico-ortodôntica de dentes não irrompidos. *Ortodontia Sociedade Paulista de Ortodontia*. V. 43 n.2 p. 169-175. 2010.

HUBER, K. et al. Eruption Disturbances of the Maxillary Incisors: A Literature Review. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* v 32, n. 3, p. 221-230. 2008.

ISSAO, M. GUEGES-PINTO, A. C. *Manual de odontopediatria*. E. Pancast 9 edição. 1994.

KOLOKITHA O. E, PAPADOPOULOU, A.K. Impaction and apical root angulation of the maxillary central incisors due to supernumerary teeth: Combined surgical and orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*. v. 134. n. 1. p. 153-160. 2008.

KUROL, J. Early treatment of tooth-eruption disturbances. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* v.121, n. 6, p. 588-591, 2002.

NORONHA, M. P. et al. Orthodontic traction of the central maxillary incisor: case report. *Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v.7, n.40, p. 339-343. 2002.

PAVONI, C. et al. Impacted maxillary incisors: diagnosis and predictive measurements. *Annali di Stomatologia*. v.3 p. 100-105. 2012.

SANTOS, V. I. M., COUTO G. B. L., *Manual de odontopediatria* Editora Médica e Científica Medsi. 1999.

SHAKRA, K. A. Management of Unerupted Maxillary Deciduous Central Incisor: A Case Report *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, v. 7. n. 1 p. 58-60. 2014.

SILVA, F. W. G. P. Ojal quirúrgico (ulectomia) ¿cuando y como realizarlo? Reporte de 3 casos clínicos. Ulectomy: when and how to apply. Three case reports *Acta Odontológica Venezolana*. V. 46. n. 3. 2008.

SMAILIENE, D. et al. Impaction of the central maxillary incisor associated with supernumerary teeth: Initial position and spontaneous eruption timing. *Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, v. 8. n. 4. p. 103-107. 2006.

STUANI, A. S. et al. Alternative solution for impacted maxillary incisor. *Revista Ibero-americana de Odontopediatria e Odontologia do bebê*. v. 738 p. 335-340. 2004.